

Vă rugăm bifați casuțele care reprezintă solicitarea dumneavoastră !

CERERE MODIFICĂRI DE ACORDARE BENEFICII SOCIALE

Doamnă/ Domnule Director,

Subsemnatul(a) _____ CNP _____, cu domiciliu în _____, reprezentant legal al copilului(lor):

1. _____ CNP _____;
2. _____ CNP _____;
3. _____ CNP _____;
4. _____ CNP _____;
5. _____ CNP _____;

Beneficiar de :

- alocație de stat _____
- indemnizație pentru creșterea copilului
- stimulent pentru creșterea copilului
- prestații sociale persoane cu handicap
- alocație de susținere (ASF)
- ajutor social (VMG)
- alocație de plasament

- indemnizație de hrană
- concediu de acomodare

- încetarea/ suspendarea acordării prestației motivat de:

Va rog sa-mi aprobați cererea pentru :

- acordarea plăților restante (neachitate)
- repunere în plată, motiv: _____
- virarea prestației (lor) în cont / poștă
- schimbare nume copil/ nume reprezentant legal
- schimbare reprezentant legal
- schimbare adresă conform acte anexate
- transferul prestației în județul _____

- prelungire acordare beneficiu _____

- eliberare documente (DECIZIE, ADEVERINȚE)

DOCUMENTELE CARE TREBUIE ATAȘATE PENTRU ALOCAȚIE DE STAT, INDEMNIZAȚIE CREȘTERE COPIL, PRESTAȚII SOCIALE PERSOANE CU HANDICAP ȘI STIMULENT DE INSERTIE SUNT MENȚIONATE ÎN ANEXĂ.

Declar că am fost informat că datele cu caracter personal sunt prelucrate în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției.

Am luat la cunoștință că informațiile din cererea depusă și din actele anexate la aceasta, vor fi prelucrate de ANPIS/ AJPIS/ APISMB cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal, și libera circulație a acestor date.

Cunoscând prevederile art. 326 din Noul Cod Penal cu privire la falsul în declarații, respectiv faptul că declararea necorespunzătoare a adevărului făcută unui organ sau unei instituții de stat se

pedepsește cu închisoare, declar pe proprie răspundere că datele și informațiile prezentate corespund realității.

În cazul în care modificarea solicitată de dumneavoastră nu se regăsește în situațiile de mai sus, vă rugăm să vă adresați AJPIȘ APISMB.

Persoană de contact :

Tel.:

e-mail:

Data

Semnătura